

## 4세대 실손의료보험의 비급여 진료 현황 : 염좌 및 긴장을 중심으로

전용식 선임연구위원, 김경선 연구위원

### 요약

- 2021년 1월부터 2023년 12월까지 염좌 및 긴장 환자의 비급여 진료 현황을 비교하여 4세대 실손의료보험의 비급여 관리 실효성을 검토함
  - 실손보험의 과잉진료 유인을 줄이기 위해 4세대 실손보험은 건강보험 급여 본인부담금의 20%, 비급여의 30%를 본인이 부담함
  - 도입 당시 기존 실손보험에 비해 보험료는 10~70%까지 저렴하게 출시되어 1세대에서 3세대 실손의료보험 가입자들의 전환을 유도함
  - 2021년부터 2023년까지 3년간 염좌 및 긴장 환자 7,732명의 국내 대형손해보험회사에 대한 실손의료보험금 청구 현황을 분석함
- 4세대 실손의료보험의 진료비 대비 비급여 비율은 평균적으로 다른 세대에 비해 낮아 염좌 및 긴장 치료에서 비급여가 다소 관리되는 것으로 보임
  - 진료비 대비 비급여 비율은 평균적으로 단체실손이 53.4%, 2세대 실손보험이 52.8%로 높게 나타났고 4세대 실손보험은 48.9%로 나타남
  - 비급여 진료 비중이 높은 재활물리치료료 비중은 단체실손이 38.3%, 1, 2세대 실손보험 35.7%인 반면 4세대 실손보험은 33.5%로 가장 낮음
- 그러나 의료기관 종별 기준으로 병원, 그리고 서울지역의 경우 과잉진료가 있는 것으로 나타남
  - 병원에서 진료받은 환자들 가운데 비급여 진료비 비율이 상위 25%에 속하는 환자 비중은 4세대 실손보험 환자들의 경우 38%로 의원의 16%보다 높게 나타남
  - 지역별로 보면 서울에서 진료받은 4세대 실손의료보험 환자들의 진료비 중위값이 26.4만 원으로 가장 높고 비수도권 지역은 22.5만 원으로 경기지역 23.4만 원보다 낮음
- 4세대 실손의료보험의 비급여 관리 취지가 염좌 및 긴장 환자에게는 실효성이 있는 것으로 보이지만 중장기적으로 과잉진료 억제에 위한 비급여 관리 및 적정성 검토가 지속될 필요가 있음
  - 염좌 및 긴장이라는 동일한 상해에 대한 의과 치료인데 건강보험 진료비가 비급여를 중심으로 자동차보험 진료비의 두 배 이상 큰 것으로 나타남
  - 인구고령화로 의료비 지출이 급격히 늘어나고 있는데 건강보험과 자동차보험의 의료비 관리 방안이 모색될 필요가 있음

## 1. 검토 배경

○ 건강보험이 보장하지 않는 본인부담금, 비급여 등을 보상하는 실손의료보험은 가입 시기에 따라 4세대까지 출시되었는데 비급여 진료 등으로 적자가 심각하고 보험료 인상 압력이 높음

- 2021년 7월 출시된 4세대 실손의료보험은 비급여 진료량에 따라 보험료가 할증되고 건강보험 급여에 대해서는 20%, 비급여에 대해서는 30%의 자기부담금이 부과됨
  - 1세대는 2009년 10월 이전, 2세대는 2009년 10월에서 2017년 3월까지, 3세대는 2017년 4월부터 2021년 6월, 4세대는 2021년 7월 이후 계약으로 자기부담금, 보험료 할인·할증에서 차이가 있음
- 2023년 실손의료보험 위험손해율(보험금 지급 재원인 보험료 대비 지급보험금 비율)은 118%이고 적자 규모는 2조 원 수준임
- 비급여 보험금은 2022년 7조 8,587억 원에서 2023년 8조 126억 원으로 늘어났는데, 근골격계질환 치료인 도수치료, 무릎 줄기세포 주사 등 비급여 주사가 절반 이상을 차지함
- 도수치료나 무릎 줄기세포 주사 등은 상병명 “염좌 및 긴장”과 연관되는데, 염좌 및 긴장은 관절이 삐끗하거나 인대가 손상됨을 의미함
  - 요추 및 골반 관절(S33), 발목 및 발 부위 관절(S93), 손목 및 손부위(S63), 목부위(S13), 무릎(S83) 등에서 발생하는데 2023년 국민건강보험 청구 건수는 1,912만 건(환자 수 761만 명)에 이릅니다

○ 실손의료보험은 비급여 진료에 대한 접근성을 높여 환자가 새로운 의료기술의 혜택을 볼 수 있지만 비급여 과잉진료를 유발하는 등의 문제를 초래하고 있음

- 염좌 및 긴장은 자동차보험에서는 상해급수 12~14급의 경미한 상해인데, 경미한 상해에 대한 치료가 급여보다 비급여 중심으로 이루어지는 것으로 보여 치료의 적절성에 대한 의구심이 제기될 수 있음
- 도수치료 항목에 대한 제한이 실효성이 없어 과잉진료 유인이 있고 비급여 진료관행이 자동차보험 환자에게도 이어질 수 있음
  - 자동차보험에서 염좌 및 긴장은 상해급수 12~14급 항목으로 12급 척추 염좌의 경우 자동차보험 진료비의 23% (피해자의 20%)를 차지하는데, 비급여 진료 관행이 만연할 경우 자동차보험 치료비 증가로 이어질 수 있음

○ 본고에서는 염좌 및 긴장 환자의 건강보험 의과 진료비를 세대별 실손의료보험에 대해 비교하여 4세대 실손의료보험의 비급여 관리 취지의 실효성을 검토함

- 국내 대형손해보험회사가 2021년부터 2023년까지 자사 실손의료보험 가입자들에게 보상한 진료비명세서를 환자 단위로 전환하여 분석함
- 실손의료보험 세대별, 의료기관 유형별, 지역별로 진료비, 자기부담금, 건강보험공단부담금(급여), 비급여 진료비 등을 비교함
  - 진료비는 진료비세부내역서의 급여인 본인부담금과 공단부담금, 비급여인 선택진료료와 선택진료료 이외 항목들의 합(진료비총액임)이며, 비급여 진료비는 선택진료료와 선택진료료 이외 항목의 합계임

## 2. 세대별 실손의료보험 현황

- 실손의료보험은 2022년 기준 국민건강보험이 보장하지 않는 개인부담금(급여본인부담금, 비급여)을 대상으로 총 진료비의 10.7%(12.9조 원)을 보장하는데, 대부분이 비급여 진료임
  - 국민건강보험이 79.2조 원, 개인이 41.3조 원을 부담하는데, 실손의료보험금 12.9조 원 가운데 61%가 비급여임
  - 비급여 가운데 물리치료(도수·체외충격파·증식치료)가 실손의료보험 지급보험금의 약 18%를 차지하고 있으며, 비급여 주사제는 2020년부터 2023년까지 연평균 24% 증가함
- 1세대 실손의료보험은 자기부담금이 없는 구조로 과잉진료의 문제점이 제기되었으며, 2세대, 3세대에서는 자기부담금이 부과되었고 보험료 할인·할증도 반영됨
  - 4세대 실손의료보험은 급여, 비급여 모두에서 자기부담비율을 상향하고 도수치료, 영양 주사제 등 과잉진료 우려가 큰 일부 비급여 항목에 대한 보장을 축소하였으며, 직전 1년간의 비급여 지급보험금에 따라 보험료를 차등 적용함

〈표 1〉 세대별 실손의료보험 비교

| 구분               | 1세대<br>(~'09.9월)             | 2세대<br>( '09.10월~'17.3월) | 3세대<br>( '17.4월~'21.6월)                  | 4세대<br>( '21.7월~)     |
|------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------------------|-----------------------|
| 기본 구조            | 상해·질병 입·통원<br>(주계약/특약 구분 없음) |                          | 주계약(급여, 비급여)<br>특약(특정 비급여) <sup>1)</sup> | 주계약(급여)<br>특약(비급여)    |
| 비중 <sup>2)</sup> | 19.0%                        | 43.7%                    | 22.1%                                    | 15.2%                 |
| 특징               | 보험회사별로 다름                    | 표준화                      | 특정 비급여 특약 분리                             | 비급여 진료량에 따른<br>보험료 할증 |
| 자기부담(%)          | 손해보험 0%<br>생명보험 20%          | 급여 10~20%<br>비급여 20%     | 급여 10% 혹은 20%<br>비급여 기본 20%, 특약 30%      | 급여 20%<br>비급여 30%     |
| 보험료 할인/할증        | 없음                           | 없음                       | 2년 무사고 할인 10%                            | 2년 무사고 할인 10%         |

주: 1) 3대 특약: ① 도수·증식·체외충격파, ② 비급여 주사, ③ 비급여 MRI

2) '24. 9월 보유계약 건수 기준으로 개인실손(1~4세대) 중 각 상품별 비중임

자료: 금융감독원 보도자료(2024. 5. 10), “2023년 실손의료보험 사업실적”; 한국신용정보원의 자료를 참고하여 저자가 재구성함

- 실손의료보험 위험손해율은 2023년 118%로 2020년 129.9%보다 낮아졌지만 3세대와 4세대 실손보험은 손해율이 악화되고 있음
  - 3세대 실손의료보험의 위험손해율은 2020년 103.6%에서 2023년 155.3%로 높아졌고 4세대 실손의료보험은 2021년 61.2%에서 2023년 115.9%로 높아짐
- 비급여 관리를 위해 자기부담을 높이고 보험료 할인·할증을 강화하고 있지만 비급여 관리의 실효성에 대한 우려는 지속되고 있음

- 1, 2세대 실손의료보험은 도수·체외충격파·증식치료가 특약으로 구분되지 않음
- 3, 4세대 실손의료보험은 도수·체외충격파·증식치료, 비급여 주사 등에서 연간 보장 금액, 통원 횟수 한도를 설정하고 있으나 1일당 한도가 없어 하루에 고가의 비급여 항목을 과잉 처방하는 등 과잉의료 유인이 존재함

### 3. 실손의료보험 진료비 현황

- 염좌 및 긴장 치료에 대한 4세대 실손의료보험의 진료비 대비 비급여 비율은 단체실손(상해)보험과 다른 세대 실손의료보험에 비해 평균적으로 낮음
  - 진료비 대비 비급여 비율은 평균적으로 2세대가 가장 높게 나타났으며, 평균과 중위값 기준으로는 4세대에서 48.9%, 50.2%로 가장 낮게 나타남
    - 75백분위수는 80.6%로 1, 2세대 실손의료보험보다 낮게 나타났고 진료비 대비 비급여 비중 상위 25%인 환자 비중도 20.3%로 1, 2세대의 25.7%, 26.5%보다 낮게 나타남
  - 평균 연령이 가장 높은 1세대의 경우 진료일수는 3.7일로 가장 길고 진료비는 61.9만 원으로 4세대 실손의료보험의 60.6만 원, 진료일수 3.0일에 비해 높음
    - 진료비 대비 자기부담금 비율은 2세대에서 가장 낮게 나타났고 나머지는 유사하게 나타남
  - 처치 수술료와 주사료는 1세대에서 진료비 대비 비율이 가장 높고 재활물리치료료 비중은 3세대가 가장 높고 4세대에서 가장 낮게 나타남
  - 단체실손은 기업 단체로 임직원 복지를 위해 단체로 가입하는 상해보험인데 임직원은 보험료 부담 없이 실손의료보험과 같은 혜택을 받을 수 있음
    - 1인당 진료비는 65만 원으로 개인 실손의료보험에 비해 가장 높고 진료비 대비 비급여 비율도 가장 높음

〈표 2〉 염좌 및 긴장 치료에 대한 실손의료보험 세대별 진료 현황

(단위: 원, %)

| 구분                 | 단체실손    | 1세대     | 2세대     | 3세대     | 4세대     | 전체      |
|--------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 관측치                | 482     | 2,735   | 3,099   | 1,224   | 192     | 7,732   |
| 평균 연령              | 35.9    | 48.5    | 40.9    | 42.1    | 40.4    | 43.4    |
| 여성 비율              | 44.8    | 57.7    | 51.1    | 47.3    | 47.4    | 52.3    |
| 진료일수 <sup>1)</sup> | 3.3     | 3.7     | 3.2     | 3.2     | 3.0     | 3.4     |
| 진료비                | 648,611 | 619,774 | 590,156 | 603,004 | 606,875 | 606,726 |
| 자기부담금 비율           | 16.9    | 17.8    | 16.3    | 17.7    | 17.7    | 17.1    |
| 진료비 대비 비급여 비율      |         |         |         |         |         |         |
| 평균                 | 53.4    | 49.8    | 52.8    | 49.4    | 48.9    | 51.1    |
| 표준편차               | 33.8    | 35.1    | 33.3    | 32.6    | 33.0    | 33.9    |
| 25백분위수             | 21.2    | 13.7    | 21.5    | 18.5    | 16.9    | 18.1    |
| 50백분위수             | 59.5    | 55.5    | 58.2    | 54.2    | 50.2    | 56.6    |
| 75백분위수             | 84.5    | 83.7    | 84.4    | 79.5    | 80.6    | 83.3    |
| 상위 25% 환자 비중       | 27.2    | 25.7    | 26.5    | 19.4    | 20.3    | 25.0    |
| 진료비 대비 처치 수술료 비중   | 4.1     | 9.1     | 7.0     | 7.0     | 6.2     | 7.5     |
| 진료비 대비 주사료 비중      | 12.8    | 21.2    | 12.7    | 16.8    | 16.5    | 16.4    |
| 진료비 대비 재활물리치료료 비중  | 38.3    | 35.7    | 35.7    | 36.6    | 33.5    | 36.0    |

주: 1) 진료일수는 입원일수와 통원일수의 합계임

자료: 국내대형손해보험회사

○ 염좌 및 긴장 환자들의 의료기관 종별 진료 현황을 보면 병원과 의원에서 비급여 진료 비중이 높음

- 진료일수 효과를 통제하기 위해 환자1인당 1일 진료비를 추산한 결과 병원이 28.5만 원으로 가장 높고 의원이 가장 낮게 나타남
  - 공단부담금(급여)의 경우 상급종합병원이 가장 높고 의원이 가장 낮은 것으로 나타남
- 비급여 진료비도 병원 19.7만 원으로 진료비의 절반을 넘는 58%를 기록했고 의원의 경우 8.2만 원으로 51%로 나타남
- 건강보험 요양급여(자기부담금과 공단부담금의 합계) 대비 비급여 비중은 병원이 226%, 의원은 121%로 종합병원과 상급종합병원에 비해 높은 것으로 나타남

〈표 3〉 건강보험 염좌 및 긴장 환자의 의료기관별 1일당 진료 현황

(단위: 원, %)

| 구분             | 상급종합병원  | 종합병원    | 병원      | 의원      | 전체      |
|----------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 관측치 수          | 118     | 462     | 1,660   | 5,564   | 7,804   |
| 1인당 1일 진료비     | 278,797 | 234,596 | 285,415 | 150,721 | 186,274 |
| 진료일수           | 2.5     | 4.3     | 3.9     | 3.2     | 3.4     |
| 자기부담금          | 87,299  | 52,059  | 29,592  | 21,268  | 25,860  |
| 공단부담금          | 126,456 | 78,405  | 57,850  | 46,828  | 52,246  |
| 비급여            | 65,042  | 104,132 | 197,974 | 82,625  | 108,169 |
| 진료비 대비 비급여 비중  | 20      | 30      | 58      | 51      | 51      |
| 요양급여 대비 비급여 비중 | 30      | 80      | 226     | 121     | 138     |

자료: 국내대형손해보험회사

○ 비급여 진료비 비중이 높은 병원과 의원에 대해 분석한 결과, 4세대 실손의료보험 환자들 가운데 병원에서 진료 받은 환자의 진료비와 비급여 진료비는 의원이나 종합병원, 상급종합병원 환자들에 비해 높음

- 상급종합병원과 종합병원에서 4세대 실손보험 환자가 1명, 9명에 불과하여 관측치가 많은 병원(40명), 의원(142명), 그리고 전체(상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원) 결과를 제시함
- 4세대 실손보험 환자들의 병원 진료비와 비급여 진료비는 중위값 기준으로 다른 세대 실손보험 환자들에 비해 낮지만,<sup>1)</sup> 의료기관 종별로 비교하면 병원급에서 높게 나타남

○ 비급여 비율이 상위 25% 이상인 환자들의 비중도 병원에서 진료받은 4세대 환자들에게서 가장 높게 나타나 과잉진료가 의심됨

- 병원에서 치료를 받은 1세대 실손의료보험 환자들 가운데 비급여 비율 상위 25% 환자 비중은 33%인 반면, 4세대 실손보험 환자들의 비급여 비율 상위 25% 비중은 38%로 높게 나타남

〈표 4〉 의료기관 유형별 세대별 실손의료보험 진료비 현황

(단위: 원, %)

| 의료기관 유형 | 구분               |     | 단체실손    | 1세대     | 2세대     | 3세대     | 4세대       | 전체      |
|---------|------------------|-----|---------|---------|---------|---------|-----------|---------|
| 병원      | 진료비              | 중위값 | 320,574 | 312,538 | 337,840 | 312,226 | 281,076   | 318,220 |
|         |                  | p75 | 724,004 | 881,563 | 843,836 | 836,520 | 1,000,950 | 846,543 |
|         | 비급여 진료비          | 중위값 | 223,000 | 211,000 | 193,300 | 182,500 | 129,600   | 200,000 |
|         |                  | p75 | 586,000 | 608,000 | 530,000 | 670,000 | 740,445   | 595,000 |
|         | 비급여 비율 상위 25% 비중 |     | 32.0    | 33.0    | 33.0    | 32.0    | 38.0      | 33.0    |
| 의원      | 진료비              | 중위값 | 219,470 | 222,130 | 227,880 | 212,160 | 225,130   | 221,660 |
|         |                  | p75 | 391,420 | 440,160 | 444,690 | 414,990 | 409,780   | 432,900 |
|         | 비급여 진료비          | 중위값 | 119,550 | 100,000 | 118,500 | 93,580  | 100,000   | 100,000 |
|         |                  | p75 | 240,000 | 250,000 | 250,000 | 195,000 | 200,000   | 240,000 |
|         | 비급여 비율 상위 25% 비중 |     | 28.0    | 25.0    | 26.0    | 16.0    | 16.0      | 24.0    |
| 전체      | 진료비              | 중위값 | 233,285 | 232,870 | 238,090 | 230,190 | 240,980   | 235,145 |
|         |                  | p75 | 496,670 | 530,080 | 531,240 | 523,672 | 462,065   | 526,256 |
|         | 비급여 진료비          | 중위값 | 120,000 | 102,000 | 120,000 | 100,000 | 100,000   | 110,000 |
|         |                  | p75 | 327,670 | 300,000 | 300,000 | 250,000 | 276,500   | 300,000 |
|         | 비급여 비율 상위 25% 비중 |     | 27.0    | 26.0    | 26.0    | 19.0    | 20.0      | 25.0    |

주: 1) 비급여 비율은 각 세대별로 전체 진료비 대비 비급여 진료비 비율이, 비급여 비율 상위 25% 비중은 비급여 비율 분포에서 p75 이상에 해당하는 오른쪽 꼬리분포의 비중임

2) p75는 75백분위수임

자료: 국내 대형손해보험회사

1) 단체실손의 경우 보험기간이 보통 1년 만기 및 재가입이므로 4세대 비중이 클 것으로 예상되며, 단체보험이 4세대 실손의료보험보다 비급여 비율 상위 25% 비중이 높은 것은 임직원 및 그 가족에 대한 언더라이팅이 이루어지지 않는 단체보험의 특성이 반영된 것으로 보임

○ 지역별로 보면 4세대 실손의료보험 환자들의 진료비와 비급여 진료비는 중위값 기준으로 서울지역에서 가장 높고 비수도권 지역에서 가장 낮게 나타남

- 서울지역에서 염좌 및 긴장 치료를 받은 4세대 실손보험 환자들의 중위값 기준 진료비는 26.4만 원, 비급여 진료비는 12.7만 원으로, 비수도권 지역의 진료비(22.5만 원)와 비급여 진료비(9.1만 원)보다 높음
- 75백분위수 기준으로는 서울에서 치료를 받은 4세대 실손보험 환자들의 진료비(45.5만 원)가 비수도권(56.8만 원)보다 낮으나, 비급여 진료비의 경우 가장 높은 것으로 나타남
  - 4세대 실손보험 환자의 비급여 진료비 75백분위수는 서울지역이 34.8만 원으로 경기(20.0만 원)와 비수도권(28.2만 원)에 비해 높음
  - 서울지역 4세대 실손보험 환자의 비급여 진료비 75백분위수는 1, 2, 3세대 실손보험 환자들에 비해 높고, 비급여 비율 상위 25% 환자 비중도 25%로 3세대 실손의료보험보다 높게 나타남

〈표 5〉 지역별 세대별 실손의료보험 진료 현황

(단위: 원, %)

| 의료기관 유형 | 구분               |     | 단체실손    | 1세대     | 2세대     | 3세대     | 4세대     | 전체      |
|---------|------------------|-----|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 서울      | 관측치              |     | 180     | 771     | 971     | 361     | 64      | 2,347   |
|         | 진료비              | 중위값 | 260,007 | 240,970 | 236,580 | 222,930 | 264,770 | 237,920 |
|         |                  | p75 | 503,785 | 525,770 | 482,611 | 428,350 | 455,710 | 485,960 |
|         | 비급여 진료비          | 중위값 | 162,000 | 120,000 | 144,000 | 110,000 | 127,500 | 132,000 |
|         |                  | p75 | 376,450 | 300,000 | 309,750 | 240,000 | 348,800 | 300,000 |
|         | 비급여 비율 상위 25% 비중 |     | 34.0    | 30.0    | 33.0    | 21.0    | 25.0    | 30.0    |
| 경기      | 관측치              |     | 159     | 789     | 885     | 332     | 59      | 2,224   |
|         | 진료비              | 중위값 | 244,890 | 232,329 | 248,690 | 221,610 | 234,378 | 235,485 |
|         |                  | p75 | 476,250 | 481,340 | 547,330 | 502,395 | 399,316 | 505,075 |
|         | 비급여 진료비          | 중위값 | 120,000 | 104,000 | 125,000 | 98,500  | 100,000 | 110,000 |
|         |                  | p75 | 293,900 | 285,000 | 320,000 | 230,000 | 200,000 | 290,000 |
|         | 비급여 비율 상위 25% 비중 |     | 29.0    | 27.0    | 26.0    | 18.0    | 22.0    | 25.0    |
| 비수도권    | 관측치              |     | 143     | 1,175   | 1,243   | 531     | 69      | 3,161   |
|         | 진료비              | 중위값 | 196,220 | 230,320 | 232,800 | 239,854 | 225,330 | 231,540 |
|         |                  | p75 | 525,068 | 581,490 | 566,397 | 600,000 | 568,760 | 581,750 |
|         | 비급여 진료비          | 중위값 | 70,000  | 100,000 | 100,000 | 100,000 | 91,700  | 100,000 |
|         |                  | p75 | 317,000 | 328,400 | 300,000 | 290,000 | 282,000 | 300,000 |
|         | 비급여 비율 상위 25% 비중 |     | 17.0    | 22.0    | 21.0    | 20.0    | 14.0    | 21.0    |

주: 기타 지역은 17대 지역 가운데 서울과 경기를 제외한 지역이며, p75는 75백분위수임

자료: 국내 대형손해보험회사

## 4. 결론

- 세대별 실손의료보험 진료비를 분석한 결과 4세대 실손의료보험은 도입 취지와 같이 비급여 진료를 억제하는 효과가 있는 것으로 보임
  - 염좌 및 긴장 치료를 받은 4세대 실손의료보험 환자의 진료비와 비급여 진료비를 분석한 결과 평균 비급여 진료비 비율이 다른 실손보험에 비해 낮은 것으로 나타남(표 1) 참조
    - 4세대 실손의료보험 환자들의 진료일수는 3.0일로 전체 3.4일에 비해 낮은 것으로 나타남
  - 4세대의 경우 '24.7월부터 연간 비급여 지급 실적에 따른 보험료 차등제가 시행되었으므로, 향후 추가적으로 과잉 비급여 이용이 제어될 수 있을 것으로 보임
- 그러나 병원과 지역 기준 분석에서 4세대 실손의료보험 환자들의 과잉진료가 의심되는 것으로 나타남
  - 병원에서 진료받은 환자들 가운데 비급여 진료비 비율이 상위 25%에 속하는 환자 비중은 4세대 실손보험 환자들의 경우 38%로 의원의 16%보다 높게 나타남
  - 서울, 경기지역에서 4세대 실손의료보험 환자의 진료비와 비급여 진료비 중위값이 비수도권에 비해 높게 나타났음
- 관측치가 제한적이기 때문에 결과 해석에 주의를 기울일 필요가 있으나, 4세대 실손의료보험의 비급여 관리 취지는 제한적으로 달성한 것으로 보여 향후 지속적인 비급여 관리 방안 모색이 요구됨
  - 비급여 물리치료, 주사제 등에서 발생하는 과잉의료 유인을 억제하는 방안을 모색할 필요가 있음
  - 실손의료보험 가입자가 체감하는 보험료 인상을 여러 기간으로 분산시키고 손해율을 안정적으로 관리하기 위하여, 일정한 통계적 요건 충족을 전제로 5년 이내 요율 조정을 허용하는 방안을 고려할 필요가 있음
    - 실손보험 신상품의 경우 관련 조문(보험업감독규정 제7-63조)을 보수적으로 해석함에 따라 5년 내에는 요율 조정이 이루어지지 않았음
- 중장기적으로 건강보험 비급여 진료비의 적정성을 검토할 필요가 있음
  - 동일 상병이지만 자동차보험과 건강보험 진료비가 두 배 차이가 나는데, 건강보험에서도 과잉진료가 있을 수 있음
    - 자동차보험에서 경상으로 분류되는 염좌 및 긴장 환자의 건강보험 진료비는 60여만 원(이 가운데 비급여 진료비가 30여만 원)인데, 자동차보험 환자의 의과 치료비는 30여만 원에 불과함
    - 자동차보험 상해급수 12급 환자의 진료일수는 8.6일인 반면, 건강보험 1인당 진료일수는 3.4일로 나타남
  - 의료계의 주장에 따르면 자동차보험 환자의 상해 특수성으로 치료가 어렵고 진료비가 높아야하는데, 실손의료보험을 보유한 건강보험 환자의 진료비가 비급여로 더 높게 나타남<sup>2)</sup>
  - 인구고령화로 의료비 지출이 커지고 있는데 건강보험과 자동차보험의 의료비 관리 방안이 모색될 필요가 있음

2) 조규성(2010), 「자동차보험 진료수가제도의 적정화 방안에 관한 연구」, 『부산대학교 법학연구』, 제51권, 통원 64호, pp. 393~427